

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

891

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Monsieur MERGIER Daniel

Né le 11 Août 1933 à Neuilly-sur-Seine

Présentée et soutenue publiquement le

1960.

LA DELTA - CORTISONE ADJUVANT DE
L'ANTIBIOTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DE
L'ADULTE

Président : Mr G. BROUET, Professeur.

Editeur André LECONTE

6, rue de la République, PUTEAUX (Seine).

1960

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Monsieur MERGIER Daniel

Né le 11 Août 1933 à Neuilly-sur-Seine

Présentée et soutenue publiquement le

1960.

LA DELTA - CORTISONE ADJUVANT DE
L'ANTIBIOTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DE
L'ADULTE

Président : Mr G. BROUET, Professeur.

Editeur André LECONTE

6, rue de la République, PUTEAUX (Seine).

1/2

PROF. DR. J. VAN DER WOUDE

1900

1900

PROF. DR. J. VAN DER WOUDE

1900

PROF. DR. J. VAN DER WOUDE

1900

1900

PROF. DR. J. VAN DER WOUDE



PROF. DR. J. VAN DER WOUDE

1900

PROF. DR. J. VAN DER WOUDE

1900

PROF. DR. J. VAN DER WOUDE

PROF. DR. J. VAN DER WOUDE

1900

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHET (C.), STROHL (A.), TANON (L.).

D O Y E N Léon BINET.
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
" (Prof ^r à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
" " (Prof ^r à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports ..	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
" " (Prof ^r à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy) ..	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	SICARD (A.)
(Cochin	QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales ... (Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants- Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St ^e Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

	MM.
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
(Boucicaut	LENEGRE (J.)
(Broussais	SOULIE (P.)
Cliniques médicales	(Cochin
	JUSTIN-BESANCON (L.)
	(Hôtel-Dieu
	BARIETY (M.)
	(Pitié
	DREYFUS (G.)
	(Saint-Antoine
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie	
(Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la	
nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
(Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	(Foch (Suresnes)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul) .	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
- - - (Prof ^r à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKELEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
- (Prof ^r à titre personnel)	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
- (Prof ^r à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
- - (Prof ^r à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	LEGER (L.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES

ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	(CABROL (C.) (COUINAUD (C.) (OLIVIER (G.) (GAUTHIER-VILLARS (Mle P.) (pr. s. ch.	Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Anatomie	(BUSSER (F.)	Neurologie	LHERMITTE (F.)
pathologique	(GOUYGOU (Ch.) (ORCEL (L.) (PAILLAS (J.)	Obstétrique	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (THOYER-ROZAT (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Ophthalmologie	(BREGEAT (P.) (SARAUX (H.)
Bactériologie ..	(NEVOT (A.)pr. s. ch. (BARBIER (P.) (CHRISTOL (D.) (TOURNIER (P.)	Orthopédie	(JUDET (R.) (RAMADIER (J.)
Biochimie médicale	(DESGREZ (P.)pr. s. ch. (POLONOSKI (J.) m. conf.	Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux sports	PLAS (F.)	Parasitologie	(BRUMPT (L.C.)pr.s.ch (CHABAUD (A.) (BARCAT (J.) (BINET (J-P.) (CAUCHOIX (J.) (CHATELIN (C-L.) (DUBOST (Ch.) (DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GERMAIN (A.) (LAURENCE (G.)agr.per. (LORTAT-JACOB (J-L.) (LOYGUE (J.) (MERCADIER (PERROTIN (J.) (ROBERT (H.) (THOMERET (G.)
Carcinologie ..	(DENOIX (P.) (MATHE (G.)	Pathologie chirurgicale	(SCHNEIDER (J.) (CROSNIER (J.) (HARTMANN (L.) (LOEPER (J.) (MAURICE (J.) (RICHE (G.)
Dermato - Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)	Pathologie expérimentale	
Electro - Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)		
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.) pr. s. ch.		
Hématologie ...	(BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.) (COUJARD (R.)pr. s. ch.		
Histologie	(MAROIS (M.) (RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	(BOYER (J.)pr. s. ch. (CORRE-HURST (Mme L.)		
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.) (DEROBER (L.)pr. s. ch. (HADENGUE (A.) (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.)		
Médecine légale			

	MM.		MM.
Pathologie médicale	(AUSSANNAIRE (M.)	Pharmacologie	(BOISSIER (J.)
	(BOUR (H.)		(LECHAT (P.)
	(BOUVIER (J.)	Physiologie	(PARROT (J.) pr. s.ch.
	(BOUVRAIN (Y.)		(DEJOURS (P.)
	(BRICAIRE (H.)		(GOUGEROT (L.) m. conf.
	(BRISSAUD (H.)	Physique médicale .	(pr. s. ch.
	(BROCARD (H.)		(KELLERSHOHN
	(BUGE (A.)	Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
	(CASTAIGNE (P.)m.conf.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	(CATINAT (J.)	Psychiatrie infantile	DUCHE (D.)
	(CONTAMIN (F.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	(COURY (C.)		(CERNEA (P.)
	(FREZAL (J.)	Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.)m.c.agr
	(HOUSSET (E.)		(GRELLET (M.)
	(LAROCHÉ (Cl.)	Urologie	QUENU (L.)
	(LESOBRE (R.)	Thérapeutique	(LAMOTTE (P.)
	(MACREZ (C.)		(CHASSAGNE (M.)
	(NICK (J.)		
	(PEQUIGNOT (H.)m.conf.		
	(ROYER (P.)		
	(WOLFROMM (R.)		
Pédiatrie - Puériculture	(JOSEPH (R.)		
	(MANDE (R.)		
	(MOZZICONACCI (P.)		
	(POLONOVSKI (C.)		
	(ROSSIER (A.)		

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE		(RAMBERT (P.)
	(ABOULKER (P.)	Clinique médicale	(THIEFFRY (S.)
	(AMELINE (A.) pr.s.ch.		(TURIAF (J.)
	(HUGUIER (J.)		(GRASSET (J.)
Clinique	(OLIVIER (C.)	Clinique	(LEPAGE (F.)
chirurgicale	(PADOVANI (P.)	obstétricale	(MAYER (M.)
	(POILLEUX (F.)		(RAVINA (J.)
	(ROUX (M.)		
	(VERNE (J-M.)	Clinique	(DESVIGNES (P.)
	(BOUDIN (G.)	ophtalmologique	(OFFRET (G.)
Clinique	(CONTE (M.)	Clinique oto-rhino-	MADURO (R.)
médicale	(DOMART (A.)	laryngologique	
	(PERRAULT (M.)	Clinique pédiatri-	LAPLANE (R.)
		que et puériculture	

Clinique psychiatrique BARUK (H.)
 Clinique Urologique KUSS (R.)
 Médecine légale GAULTIER

IV. - PROFESSEURS DETACHES
 DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
 Biochimie médicale ETTORI (J.)Pr.à t. pers
 Pathologie chirurgicale RUDLER (J.)Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté ... M. LENA (J.)
 Secrétaires Mme BEURLAND (H.), Mle CHAINTREUIL (G.),
 Mle HURE (A.)

Conservateur en Chef M. le Docteur HAHN (A.)
 Conservateurs Mles DUMAITRE (P.), GOICHON (A-M.)
 (Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
 Bibliothécaires (Mles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur G. BROUET,

qui m'a fait le grand honneur de présider cette thèse. Mes hommages de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Louis ROY,

Médecin-Chef du Centre de Phtisiologie de Bourges,

qui a mis à ma disposition les dossiers médicaux de son Service et m'a fait profiter de ses conseils et de son expérience.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Raymond PASQUET,

Médecin-Chef de la Maternité de Bourges,

qui fut toujours pour moi un maître bienveillant.

A mes Parents

et à ma soeur

qui ont contribué pour une grande part à la réussite de mes études.
Que ce travail soit le fruit de leurs sacrifices.

INTRODUCTION

Les publications sur le traitement de la tuberculose pulmonaire sont nombreuses et chacune apporte des résultats de plus en plus favorables.

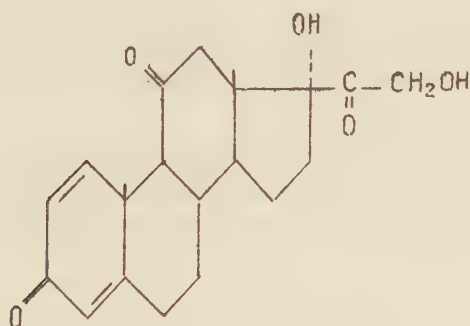
Les antituberculeux actuels (isoniazide, PAS, Streptomycine) sont employés depuis longtemps déjà et depuis quelques années on leur associe, dans certaines formes de tuberculose, un traitement anti-inflammatoire : la delta-cortisone.

Nous allons voir l'apport de cette hormone dans un Centre de Phthisiologie au cours des années 1957, 1958 et 1959.

Mais faisons auparavant un bref rappel des propriétés chimiques, physiques et biologiques de la delta - cortisone.

I. LA DELTA - CORTISONE

La delta - cortisone, hormone cortico-stéroïde obtenue par synthèse, dérivée de la cortisone sécrétée par le cortex surrénal, possède dans sa formule chimique un cycle cyclo-penténo-phénantrénique.



Delta - cortisone

Ses actions sont nombreuses et diverses :

- Elle augmente le catabolisme protéique générateur d'un appauvrissement de la cellule en potassium : c'est la cytochalipénie.
- Elle augmente la diurèse et par conséquent la kaliurie.
- Elle diminue vraisemblablement la réabsorption tubulaire du potassium.
- Elle entraîne une hypokaliémie.

Mais elle a surtout :

- Une activité anti-inflammatoire et de limitation lésionnelle.
- Une activité anti-allergique.
- Une activité anti-fibroblastogénétique.

- Une action pro-bacillaire :

La corticothérapie a une action favorable à la pullulation microbienne en empêchant par ses propriétés anti-inflammatoires, la lutte leucocytaire contre les microbes. Elle agit en effet sur les capillaires et la substance fondamentale des cellules.

Mais elle a aussi une action dépressive de l'immunité vis-à-vis des infections : ainsi elle sensibilise à la tuberculose le rat ordinairement réfractaire à cette maladie (travaux de Spain, Melomet, Bloch, Robson, Didcock, Cuming, Roche et Melles Noufflard et Berteaux).

- Enfin, il existe un rôle eutrophique et des variations individuelles de l'action de la delta-cortisone.

Donc, déjà, par ses propriétés, on voit que la delta-cortisone ne peut être employée sans traitement antibiotique efficace puisqu'elle est pro-bacillaire et risque de rendre le diagnostic difficile en brouillant tous les éléments par ses facultés anti-inflammatoires.

Elle ne doit donc être employée que dans des cas bien précis, appropriés à ses possibilités entrevues dès 1951 par le Pr. Turiaf, et bannir toutes thérapeutiques cortisoniques systématiques.

II. LE TRAITEMENT AVANT LA DELTA - CORTISONE

S'il n'a pas changé dans les grandes lignes, il se montrait moins efficace dans certaines formes, comme s'il manquait d'un catalyseur, d'un "mordangeur" comme on l'a dit en exagérant un peu.

Il était fait de repos, d'une cure antibiotique (streptomycine, isoniazide, PAS), voire de collapsothérapie (pneumothorax, thoracoplastie, pneumothorax extra-pleural) et d'exérèses chirurgicales.

Ces traitements duraient 12 à 18 mois et davantage et parfois échouaient là où l'association de la delta - cortisone apporte une amélioration non négligeable et aide l'antibiothérapie.

III. LA DELTA - CORTISONE ADJUVANT DES ANTIBIOTIQUES

A - Modalités d'emploi de la delta - cortisone.

Par les propriétés mêmes de cette hormone, il est facile de déduire logiquement dans quelles formes de tuberculose pulmonaire elle sera employée. On choisira donc :

- les tuberculoses pleurales :
PSF aiguës, fébriles, très exsudatives ;
- les tuberculoses aiguës :
miliaires, granuliées, suffocantes, fluxionnaires, hémoptoïques, ulcéro-nodulaires étendues, processus pneumonique tuberculeux ;
- les poussées évolutives récentes, les poussées congestives ;
- les réactions bronchiques et les syndromes d'atelectasie par tuberculose gangliobronchique ;
- les tuberculoses bronchiques.

Si la delta - cortisone apporte un appoint non négligeable à la thérapeutique de ces formes, il faut encore une condition : c'est qu'il n'y ait pas de bacilles tuberculeux INH-résistants. H. Warembourg étudiant 514 tuberculeux traités par des substances antibacillaires associées à la corticothérapie a trouvé 46 cas résistants aux antibiotiques dont 21 ont été aggravés et 16 sont restés stationnaires à la suite de l'adjonction cortisonique. Sur ces 46 cas, 26 étaient INH-résistants dont 9 furent aggravés. "Toute résistance biologique des souches bacillaires à l'INH, dans la mesure où elle rend possible une aggravation des lésions tuberculeuses sous corticothérapie, constitue une contre-indication formelle de cette dernière" (H. Warembourg).

Nous avons étudié 105 cas pris dans un Centre de Phtisiologie, tous traités selon le même schéma thérapeutique. Notons toutefois que ce n'est qu'un schéma. Il montre les grandes lignes du traitement à suivre, traitement qui, évidemment, sera nuancé selon l'état du malade et ses réaction.

Ce schéma se présente de la façon suivante :

- Durant les 2 premiers mois :

1^{ère} série de :

- PAS : 60 flacons ;
- INH : 30 grammes ;
- Streptomycine : 30 grammes ;
- Delta - cortisone per os :
 - . 2 jours à 6 comprimés ;
 - . 2 jours à 5 comprimés ;
 - . 2 jours à 4 comprimés ;
 - . 10 jours à 3 comprimés.

8 jours d'arrêt, puis :

- . 10 jours à 4 comprimés ;
- . 11 jours à 3 comprimés.

Les comprimés de delta - cortisone sont de 5 mg.

- Intervalle de 15 jours.

- Durant 2 autres mois :

2^{ème} série de :

- PAS : 60 flacons ;
- INH : 30 grammes ;
- Streptomycine : 30 grammes ;
- Delta - cortisone :
 - . 10 jours à 4 comprimés ;
 - . 11 jours à 3 comprimés.

- Nouvel intervalle de 15 jours.

- Puis, durant 2 autres mois :

3^{ème} série identique à la précédente.

Dans certains cas on a pu aller jusqu'à 5 séries de PAS et INH.

Dans bien des cas après la 3^{ème} série on a relayé certains antibiotiques par d'autres tels que le rimifon buccal, la viocine, la cyclosérine, le 1314 Th.

Tout cela est affaire d'évolution rapide ou non, étant bien entendu que la cure antibiotique est de même durée qu'avant l'ère de la corticothérapie.

Dans les cas de PSF, le traitement par la delta - cortisone apporte des résultats spectaculaires s'il est précoce. On l'associe à un dérivé de la delta - cortisone injecté in situ, qui a une indication à titre anti-adhérentiel, mais n'est actif que sur les cas précoces et reste impuissant, comme la delta - cortisone, devant les lésions fibreuses établies.

B - Les résultats.

a) - Les signes fonctionnels.

Les signes fonctionnels (toux, expectoration, dyspnée) sont tous très améliorés. En effet, très rapidement, on voit le malade respirer plus facilement et par suite éprouver une sensation de mieux-être, voire de bien-être. Cela est dû non-seulement à l'effet anti-inflammatoire de l'hormone décongestionnant le tractus aérien du malade, mais aussi à son effet eutrophique.

La toux se calme, la courbe d'expectoration s'abaisse et tend vers le tarissement.

b) - Les signes généraux.

On constate le même succès au point de vue des signes généraux :

- 1) La fièvre cède plus ou moins rapidement, d'autant plus vite que la lésion est plus récente et que la température est plus élevée. Elle remonte parfois passagèrement lors de la cessation de l'hormonothérapie (Pr. G. Brouet).

Mais on risque des accidents en voulant faire tomber une fièvre rebelle. - Cas de deux malades du Service qui ont fait des accidents d'hypercorticisme en abusant de la delta - cortisone pour faire tomber une fièvre qui les affolait.

Cette action antipyrétique est spectaculaire et très nette et a pu être vérifiée chez beaucoup de nos malades qui restaient fébriles malgré un traitement antibiotique entrepris depuis plusieurs semaines. La fièvre tombe dès les premiers jours d'administration de delta - cortisone. Voici quelques observations à ce sujet :

- Observation de Mme P.B., 35 ans, qui entre dans le Service en Mars 1958 pour un infiltrat du poumon gauche.

On prescrit : PAS,
INH,
Streptomycine.

Sa fièvre reste à 38°.

Au bout de 20 jours de ce traitement, on administre de la delta - cortisone. La fièvre chute aussitôt en 2 jours pour marquer un nouveau petit clocher lors d'un arrêt de l'hormonothérapie.

- Observation de Mr A.C., 52 ans, qui entre dans le Service avec une température à 40°.

Il a une tuberculose nodulaire, ulcérée, gauche.

On ne commence la delta cortisone que 15 jours après le début de l'antibiothérapie. Aussitôt la température est ramenée à 37°2 - 37°4. Egalement, petites sautes thermiques, d'allure irrégulière entre les cures de delta - cortisone. Il en recevra 4 cures et la température ne sera définitivement maintenue à la normale qu'après la 4^{ème} cure.

Sur 57 cas fébriles nous n'avons enregistré que 4 échecs, 19 malades se trouvant apyrétiques dès la 1^{ère} semaine de traitement.

"L'apyrexie obtenue par les corticoïdes correspond à une régression des phénomènes anatomiques plus qu'à l'effet antithermique lui-même. Cela est démontré en étudiant les variations des courbes de posologie hormonale et de température. Les variations de posologie de la delta - cortisone sont trop faibles pour expliquer un effet antithermique" (H. Thibault et J-L. Accard).

Ces auteurs se basent d'ailleurs sur la courbe thermique pour trouver un seuil posologique minimum actif de la delta - cortisone.

- 2) L'action sur le poids est constante. La courbe est majorée dans le bon sens par rapport aux seuls effets de l'antibiothérapie. Ce n'est pas une rétention hydrique car le poids se maintient après cessation de la delta - cortisone (Pr. Brouet).

Sur nos 105 cas, 96 malades ont vu leur état pondéral s'améliorer.

- 3) De même, la vitesse de sédimentation : Sur 103 cas nous n'avons eu que 10 échecs seulement et 5 résultats médiocres. 61 furent normalisés dès la 1^{ère} série du traitement, c'est-à-dire en moins de 2 mois.

c) - La bactériologie.

Pourtant l'évolution bactériologique ne paraît pas différente de celle sous antibiotiques seuls (Pr. Brouet).

Sur 66 bacillaires, 56 ont été négativés, soit 84 % de succès, ce qui est supérieur au pourcentage de Gervez - Rieu, Warembourg et Pauchant qui n'ont que 56 % de négativation.

Il existe une controverse quant à l'explication de ce phénomène :

Warembourg s'appuie sur le fait que la delta - cortisone, agissant sur les capillaires et la substance fondamentale des cellules dont elle diminue la perméabilité, élève une barrière imperméable entre le foyer bacillaire et les antibiotiques.

On peut aussi émettre une autre hypothèse axée sur les formes de tuberculose : les échecs de la delta - cortisone ne seraient pas dus à une imperméabilité des tissus provoquée par son action, mais tout simplement à son inactivité devant des tuberculoses déjà fibreuses, telles qu'on les rencontre souvent aujourd'hui.

d) - Les résultats radiologiques.

Enfin, les résultats radiologiques dans lesquels la delta - cortisone peut jouer un rôle sont enregistrés surtout dans les formes graves, étendues, récentes, inflammatoires, exsudatives, congestives. L'unanimité est faite à ce sujet.

La réduction rapide des images semble surtout sous la dépendance de l'action anti-inflammatoire de l'hormone agissant sur les éléments non spécifiques ou non encore caséux de la maladie (Pr. Brouet). C'est ce qui ressort de la statistique de Gervez - Rieu, Warembourg et Pauchant qui ont eu 83 % de succès chez des malades très fébriles avec images radiologiques importantes au point de vue inflammatoire non spécifique (vastes opacités en plage, lobite, segmentite etc ...). Thibault et Accard ont dans les mêmes cas 80 % de succès.

Pour notre part, nous avons eu 77 % de succès, le quart l'étant obtenu en 4 mois.

Le nettoyage radiologique est rapide et spectaculaire, les images s'éclaircissant et ne laissant apparaître que de petites séquelles fibreuses donnant la classique image en étoile.

Prenons quelques observations de cas que nous avons étudiés :

- Observation de Monsieur L.B., 36 ans.

Poids : 68,500 kg.

Radios : opacité importante supérieure gauche.

Température : 38°.

Vitesse de sédimentation : 29 - 46 - 117.

Expectoration et tubage avec présence de BK.

Il reçoit en 2 mois :

- 60 flacons de PAS ;
- 22,5 g d'INH ;
- 25 g de streptomycine.

Il reçoit 120 comprimés de 5 mg de delta - cortisone en 2 séries.

Dès le début la température est ramenée à la normale, les sueurs disparaissent, la toux diminue.

Le poids passe à 71,500 kg.

L'expectoration commence à se tarir et est abacillaire.

Les radiographies montrent un gros nettoyage du champ pulmonaire et aux tomographies apparaît un petit nodule excavé.

Après un intervalle de 15 jours on refait une 2ème série identique de PAS, INH et streptomycine.

Le poids passe à 75,500 kg.

Les tubages sont toujours négatifs au point de vue bacillaire.

On administre au malade pendant 2 nouveaux mois du PAS buccal et du rimifon.

Les résultats terminaux de son histoire, 11 mois après son entrée, sont :

- Poids : 76,300 kg, soit un gain de 8 kg.
- V.S. : 4 - 7 - 80.
- Absence de BK aux tubages et tarissement de l'expectoration.
- Les radiographies donnent une petite opacité résiduelle du sommet gauche, mais les tomographies ne retrouvent pas la présence de caverne.

- Observation de Monsieur B.R., 36 ans.

Il entre dans le Service le 6.3.1958, pour un petit infiltrat flou, inhomogène gauche.

V.S. : 81 - 23 - 85.

Poids : 61 kg.

Pas de BK aux cultures.

Température : 38°.

On prescrit une 1ère série durant les 2 premiers mois :

- PAS : 60 flacons ;
- INH : 24 grammes ;
- Streptomycine : 32 grammes.

La fièvre cède aussitôt dès la 1ère cure de delta - cortisone (60 comprimés) et se maintient par la suite durant la 2ème cure (70 comprimés).

La V.S. revient à : 4 - 11 - 58.

Les radios montrent un important nettoyage du champ gauche.

On prescrit une 2^{ème} série de :

- PAS ;
- INH ;
- Streptomycine.

et ce, durant 2 mois, associé à la delta - cortisone durant 3 semaines.

Le malade sort en Octobre 1958 :

- Poids : 65,600 kg, soit un gain de 5 kg.
- V.S. : 4 - 11 - 83.
- Radios : nettoyage total. Il reste des nodules séquellaires fibreux gauches.

- Observation de Madame H.B., 26 ans, qui entre pour un infiltrat sous-claviculaire gauche.

Poids : 40,100 kg.

Subfébrile.

Elle reçoit :

- 120 comprimés de delta - cortisone ;
- 60 flacons de PAS ;
- 30 g d'INH ;
- 30 g de streptomycine.

Elle repart 6 mois après :

- Apyrétique.
- Poids : 45,600 kg.
- V.S. : 4 - 7 - 80.
- Radios : ITN. Séquelles homogènes du sommet gauche.

Mais si la delta - cortisone agit sur les images non spécifiques de la maladie tuberculeuse, cela ne veut pas dire que son rôle sera inutile dans les formes congestives, exsudatives avec lésions spécifiques. Au contraire dans ces cas elle nettoiera le parenchyme, le décongestionnera, faisant ainsi mieux apparaître les lésions.

Sur 97 cas de tuberculose pulmonaire aiguë exsudatives de ce genre, nous avons eu :

- 59 succès complets (60 %).
- 26 améliorations importantes complétées par des cures en sanatoria ou par une exérèse.
- 12 échecs trouvés chez des malades indociles et aussi dans les formes à ulcérations très importantes ou à ulcérations déjà entourées d'une gangue fibreuse.

Dans les cas favorables, on voit l'amélioration sur les clichés pris à intervalles réguliers. Les réactions péri-nodulaires ou péri-cavitaires sont les premières à disparaître. Puis les infiltrats se nettoient, les nodules diminuent de volume. Les cavités souvent mises en évidence par les tomographies se rétractent. Les réactions pleurales disparaissent. Les cavernes se bordent d'un liséré de limitation, se ferment bien, surtout lorsqu'elles étaient petites,

et il ne reste plus sur les radiographies et les tomographies que des séquelles faites de tractus fibreux, parfois même des images normales sur les clichés standard.

Dans les formes prises très précocement, avec d'importantes cavernes, on obtient des régressions rapides et spectaculaires. On améliore non seulement les images péri-cavitaires, mais on réussit souvent à obtenir la fermeture de l'ulcération. Notons ici l'aide extrêmement importante de la bronchoscopie qui permet d'instiller de l'INH à l'intérieur même de la cavité, par l'intermédiaire de la bronche correspondante.

Favez a montré la fréquente stagnation des cavernes durant la cure hormonale et leur disparition durant les 2 ou 4 semaines qui suivent l'arrêt de la cure (Favez). Il l'attribue à la barrière qu'élève la delta - cortisone entre le foyer tuberculeux et les antibiotiques, mais dans la majorité des cas que nous avons observés, la stagnation des cavernes existait dans des cavernes déjà entourées d'une gangue fibreuse dont l'image radiologique est bien connue : ulcération à contours irréguliers, tiraillés dans tous les sens par des cordons fibreux contre lesquels, on le sait, l'hormone est impuissante. Ces cavernes ne se sont pas modifiées après l'arrêt de l'hormonothérapie.

La tuberculose ulcéro-caséuse récente réagit bien (foyers pneumoniques et cavernes diminuent en quelques semaines) ainsi que les miliaires oedémateuses et suffocantes qui, elles aussi, voient leurs radiographies et tomographies s'améliorer parallèlement aux signes fonctionnels, soulagement extrêmement rapide qu'on ne pouvait pas, jusqu'à l'emploi de cette hormone, apporter au malade en de si brefs délais.

Prenons quelques exemples de nos malades pour illustrer ces faits :

- Observation de Madame J.L., 34 ans.

Poids : 42,400 kg.

Présente une tuberculose ulcéro-nodulaire bilatérale des 2 sommets avec important infiltrat. Elle est bacillaire.

Température à 38° - 39°

V.S. : 17 - 52 - 106.

Elle reçoit en 2 mois une 1ère série de :

- PAS : 60 flacons ;
- INH : 23 grammes ;
- Streptomycine : 28 grammes ;
- Delta - cortisone : 70 comprimés en 2 cures.

Dès le début les radiographies montrent une amélioration nette. Les infiltrats et les cavités sont en régression. Petit liséré autour des cavernes.

Le poids passe à 48,600 kg.

La fièvre est tombée dès le début, marquant une petite reprise entre les 2 cures d'hormone.

Puis, nouvelle série de :

PAS, INH, streptomycine et de delta - cortisone, identique à la 1ère série.

Cette fois le poids passe à 54,500 kg. La V.S. devient : 3 - 13 - 82.

Les radios montrent un nettoyage très important des foyers congestifs. Il reste des micro-cavités.

Les tubages et les expectorations ne renferment plus de BK.

On refait une nouvelle série en prolongeant cette fois la delta - cortisone (100 comprimés en 2 mois).

La malade sort 10 mois après son entrée avec les résultats suivants :

- Poids : 57,700 kg, soit un gain de 15 kg ;
- V.S. : 4 - 14 - 80 ;
- Apyrexie totale ;
- Radios : séquelles fibreuses des sommets. Pas d'image ulcéreuse.

Prenons un deuxième exemple qui montre bien l'amélioration qu'apporte la delta - cortisone aux lésions non spécifiques et comment elle prépare le malade à une intervention chirurgicale :

- Observation de Monsieur A.R., 55 ans.

Poids : 55 kg.

Infiltrat ulcéroforme du lobe supérieur gauche.

Bacillaire.

Fébricule à 38°.

Dès la 1ère série de PAS, INH, streptomycine et delta - cortisone selon notre schéma :

- Température ramenée à la normale.
- Poids : 56,600 kg.
- Radios : nettoyage péri-cavitaire. La cavité est plus nette.

Une deuxième série apporte :

- Poids : 56,700 kg.
- Stérilisation de l'expectoration qui diminue.
- Radios : la cavité diminue, le nettoyage péri-cavitaire est pratiquement complet.

Puis l'état du malade reste stationnaire. On continue la delta - cortisone à 3 comprimés par jour en 2 cures de 3 semaines. On change d'antibiotiques.

On administre de la cyclosérine, de la viocine.

- le poids reste à 56 kg.
- la V.S. est : 5 - 10 - 57.

Huit mois après son entrée, le malade subit avec succès une lobectomie supérieure gauche. Et il part :

- Abacillaire.
- V.S. : 3 - 7 - 60.
- Poids : 56,100 kg.
- Radios : séquelles fibreuses de l'opération. Pas de poche résiduelle. Epaissement pleural.

- Observation de Monsieur A.C., 47 ans.

Entre pour tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale polyexcavée.

Bacillaire.

V.S. : 85 - 110 - 142.

Température : 40°.

Poids : 54,600 kg.

Il a reçu trois séries de :

- PAS ;
- INH ;
- Streptomycine.

Lors de la 3^e série on a relayé la streptomycine par de la viocine et de la cyclosérine.

Il a eu 4 cures de delta - cortisone :

- 60 comprimés ;
- 70 comprimés ;
- 80 comprimés ;
- 70 comprimés.

Il sort apyrétique 11 mois plus tard :

- Abacillaire.
- Poids : 58,300 kg.
- V.S. : 21 - 45 - 96.
- Radios : Eclaircissement des opacités. Séquelles fibreuses assez importantes.

Si l'association de la delta - cortisone aux antibiotiques permet d'obtenir une chute rapide de la fièvre, une disparition rapide des images segmentaires et une réduction considérable des images ganglionnaires si longues à régresser avec les antibiotiques seuls (Pr. Bariéty), elle apporte également une aide réelle dans les formes avec participation bronchique.

Nous avons obtenu 72 % de succès. Les bronchoscopies régulières ont permis de montrer l'amélioration progressive de l'état bronchique, leur retour à la normale par suppression de l'inflammation et l'assèchement des sécrétions parfois extrêmement abondantes.

Or, il n'est pas indifférent d'accélérer la régression des lésions parenchymateuses, qui, lorsqu'elles sont persistantes, sont responsables dans 60% des cas de bronchectasies définitives, incurables par la corticothérapie. Donc on frappera tôt et fort et d'une façon prolongée avec la delta-cortisone. La cessation prématurée de l'hormone entraîne souvent la réapparition des symptômes cliniques et radiologiques qui cèdent dès la reprise du traitement.

La corticothérapie diminue l'expectoration, restaure la perméabilité des bronches qui "à humides" deviennent "sèches" (R. Israël).

Dans les tuberculoses pleurales nous avons eu 48% de succès, alors que Brun n'a que 38% de bons résultats. Certes, la corticothérapie per os ne peut empêcher certaines séquelles pleurales, surtout dans les cas tardifs, avancés. Il est bien évident que nous avons une majorité de patients porteurs de culs-de-sac pleuraux symphysés chez ceux qui n'ont pas bénéficié d'une thérapeutique immédiate et surtout locale.

Dans les cas pris tout au début, on peut, avec la seule corticothérapie per os, obtenir un assèchement total sans aucune séquelle (symphyse, adhérence etc...).

Même dans des cas traînants depuis quelques temps, on a vu une amélioration soudaine et rapide grâce à l'adjonction de delta - cortisone. Citons le cas d'un médecin porteur d'une PSF extrêmement abondante, dont l'épanchement était rebelle aux ponctions (1 litre tous les 5-6 jours) et dont la fièvre ne décrochait pas. En quelques jours de corticothérapie per os, l'épanchement a été tari, l'apyrexie a été obtenue.

Dans ces formes les échecs s'observent encore dans les cas vus tardivement, où il y a déjà des adhérences. Les dérivés cortisoniques in situ, bénéfiques à titre anti-adhérentiel dans les cas précoces, sont également impuissants à vaincre une symphyse ou une adhérence constituée.

La delta - cortisone per os rend le liquide fibrineux, épais, imponctionnable, qui reprend sa consistance primitive après arrêt de l'hormone. Notre statistique se montre nettement favorable dans l'emploi de la corticothérapie in situ à titre anti-adhérentiel. Les échecs de la delta - cortisone per os dans cette forme de tuberculose sont caractérisés par des :

- séquelles pleuro-diaphragmatiques ;
- épanchements non résorbés ;
- séquelles pleurales ;
- récidives après arrêt du traitement hormonal.

Prenons comme exemple le cas d'un malade :

- Observation de Monsieur G.K., 25 ans.

Poids : 73,200 kg.

PSF de la base droite confirmée par la radiographie où l'on découvre une opacité para -hilaire.

Température à 40°.

V.S. : 34 - 53 - 102.

En deux mois il va recevoir :

- PAS : 60 flacons ;
- INH : 30 grammes ;
- Streptomycine : 30 grammes.

Les 15 premiers jours :

- delta - cortisone : 60 comprimés, ce qui a le don de ramener la température à 37°. Elle remonte aussitôt dans l'intervalle de 8 jours où l'on cesse l'hormone, elle retombe à 37°2 durant les 3 semaines suivantes où l'on met le malade à 4 comprimés par jour pendant 10 jours, puis 3 comprimés par jour pendant les 10 autres jours.

La ponction pleurale avait ramené 250cc d'un liquide clair :

- rivalta + ;
- albumine : 38 ‰ ;
- lymphocytes : 75 ;
- polynucléaires : 25 ;
- quelques hématies.

Un mois après le début du traitement l'assèchement était complet. Les radiographies montraient un nettoyage complet avec présence d'une fine ligne scissurale.

En 2 mois le poids du malade passait à 74,800 kg.

Trois mois après le début de sa maladie, sa vitesse de sédimentation était revenue à : 8 - 20 - 50.

On lui prescrivit alors du PAS buccal, du rimifon (8 comprimés par jour).

Il sortait 4 mois après son admission, avec une image thoracique normale, avec fine ligne scissurale moyenne, un poids de 76,100 kg et une vitesse de sédimentation à : 4 - 8 - 62.

C - Contre-indications, incidents, échecs de la delta cortisone.

Nous n'avons enregistré que 3 incidents grâce aux précautions prises par un interrogatoire minutieux du malade et par une injection de rappel d'ACTH (25 mg) à chaque cure de delta - cortisone pour relancer l'hypophyse mise au repos par ce traitement.

Nous avons évité de pratiquer cette thérapeutique chez des malades porteurs de :

- ulcères gastro-duodénaux ;
- hypertension ;
- certains troubles psychiques : épilepsie ;
- diabète.

Chez un de nos malades qui avait négligé de signaler l'existence d'un ancien ulcus gastrique, le traitement par la delta - cortisone entraîna une hémorragie gastro-duodénale.

Les formes où la delta - cortisone est impuissante, sont heureusement en moins grand nombre que les autres. Nous les citerons pour mémoire :

- formes fibreuses.
- phtisies partiellement remaniées telles qu'on les découvre aujourd'hui.
- tuberculoses tertiaires,
 - ulcéro-caséuses traînantes, rebelles aux antibiotiques (INH - résistance surtout).
- tuberculoses avancées et cachectisantes où la delta - cortisone n'a qu'un rôle eutrophique et eupnéisant.

Citons 2 cas d'hypercorticisme chez 2 femmes traitées dans le Service :

- Observation de Mademoiselle M.C., 36 ans.

1947 : tuberculose pulmonaire gauche.
1949 : lobectomie.

Entre subfébrile (38° - 38°5).

- Asthénie.
- Amaigrissement.
- Toux et expectoration.
- Sueurs nocturnes.
- Bacillaire.

- V.S. : 12 - 26 - 82.
- Poids : 51,100 kg.
- Radios : à droite quelques nodules en particulier sur le bord de la 1^{ère} côte. A gauche, outre des séquelles pleurales importantes de la base, on note une volumineuse image claire, triangulaire, occupant tout le sommet.
- Tomos : Sur toutes les coupes, volumineuse image cavitaire. Mais sur les coupes 8 - 9 - 10 on a l'impression que le tissu pulmonaire est immédiatement sous-jacent à cette image ulcérée. On pense à un volumineux abcès creusé dans une zone de pachypleurite.

Elle subit une série de PAS, INH et streptomycine.

Delta - cortisone : 2 séries.

La fièvre est ramenée à 37° durant l'hormonothérapie.

Son poids passe à 55 kg.

Les tomographies faites 2 mois plus tard montrent :

- à droite : gros nodule axillaire sur les coupes 10 et 3 à 4.
- Petits nodules denses, homogènes sur la coupe 8.
- Opacité du lobe supérieur droit.

Indication chirurgicale : pleurotomie ou petite plastie compte tenu de l'opacité du lobe supérieur droit.

Elle fait des accidents d'hypercorticisme qui font cesser l'administration de l'hormone :

- hirsutisme ;
- bouffissure de la face en particulier.

- Observation de Madame L.D., 37 ans.

Infiltrat excavé du sommet droit et atteinte du tractus péri-bronchique gauche.

Elle est bacillaire.

Elle recevra 2 séries de PAS, INH et streptomycine et 6 cures de delta - cortisone.

Egalement, elle subit des accidents d'hypercorticisme :

- hirsutisme ;
- bouffissure de la face.

Nos échecs personnels enregistrés dans les formes où la thérapeutique hormonale est indiquée se trouvent dans les cas où :

- soit le malade est indiscipliné ;

- soit dans des formes ulcéro-nodulaires à cavernes importantes où l'hormone n'a pu apporter qu'une amélioration péri-cavitaire décongestive et a eu du moins le mérite d'améliorer le malade et de le préparer à des traitements radicaux tels que l'exérèse chirurgicale.
- soit dans des phtisies de découverte tardive et déjà partiellement remaniées.
- et dans les pleurésies importantes où les séquelles pleurales et les adhérences ne sont pas évitables par l'administration de cette hormone per os.

De toutes façons et, répétons-le, la delta - cortisone est un adjuvant thérapeutique des antibiotiques antituberculeux ; elle a une action importante dans toutes les tuberculoses à forme inflammatoire, congestive et exsudative, comme nous avons essayé de le montrer, et ce, d'autant plus efficace qu'elle est employée plus précocement.

- Observation de Madame S.D., 34 ans.

Opacité inhomogène du sommet gauche sous-claviculaire.

Abacillaire.

Avait été déjà traitée, puis avait subi un séjour en sanatorium.

V.S. : 7 - 19 - 87.

Poids : 49 kg.

Malgré 2 séries de PAS, INH et streptomycine et 4 cures de delta - cortisone, les lésions restent inchangées.

Le poids passe de 49 kg à 50 kg.

Elle subit une lobectomie supérieure gauche qui l'améliore définitivement.

- Observation de Monsieur F.F., 37 ans.

Tuberculose cavitaire apicale gauche.

Subit 3 séries de PAS, INH, streptomycine.

Abacillaire à son entrée, il devient bacillaire.

Malgré un nettoyage péri-cavitaire grâce à 4 cures de delta - cortisone et à l'antibiothérapie, la cavité reste immuable et source de dissémination.

Il est opéré (lobectomie supérieure gauche) 5 mois après son entrée, grâce à l'intégrité de son champ pulmonaire droit.

CONCLUSIONS

Les résultats que nous avons obtenus se trouvent pratiquement en accord avec ceux des auteurs ayant pratiqué la même thérapeutique.

Sur 105 cas traités par une association :

- INH
- PAS
- Streptomycine
- Delta - cortisone

nous avons obtenu 62 succès complets et 26 améliorations très importantes.

Hames et ses collaborateurs ont obtenu 100 bons résultats sur 132 cas, dont 75 étaient traités avec des corticoïdes. La majorité des guérisons étant parmi les malades sous traitement hormonal.

Il ressort de cette étude que la delta - cortisone n'est pas un médicament à tout faire. Il n'y a pas de médicament miracle que l'on peut manier n'importe comment. Il y a de bons médicaments qui ne doivent être employés que par des spécialistes si l'on veut en tirer tout le rendement souhaitable.

La delta - cortisone doit être réservée à des cas bien précis où des phénomènes toxi-infectieux bruyants dominant. C'est-à-dire :

- formes aiguës exsudatives : miliaires, ulcéro-nodulaires étendues
- poussées évolutives récentes
- réactions bronchiques
- tuberculoses pleurales : PSF aiguës, fébriles, très exsudatives, surtout si le traitement est précoce.

Dans tous ces cas il ne faut pas de bacilles INH-résistants (H. Warembourg).

Dans les autres cas cela ne sert à rien et peut parfois être dangereux.

a) Les signes fonctionnels

Immédiatement les signes fonctionnels s'amendent : la toux s'apaise, la dyspnée cesse, l'expectoration se tarit et se stérilise, le malade se sent mieux.

b) Les signes généraux

Les signes généraux s'améliorent :

- la fièvre tombe
- le poids remonte

c) Les signes biologiques

- la vitesse de sédimentation se normalise
- retour à la normale de la réaction de Vernes à la résorcine

d) Les radiographies

Radiologiquement l'amélioration est parallèle, les images congestives se nettoient, les épanchements disparaissent, les cavernes diminuent de volume, parfois se ferment, les cicatrices fibreuses parenchymateuses et pleurales se forment et signent la guérison.

e) La Bactériologie

La bactériologie par contre, n'est pas influencée par la corticothérapie.

Même dans les cas non favorables totalement, le malade est nettement amélioré ce qui lui permet d'affronter des thérapeutiques plus violentes telles que les exérèses chirurgicales.

Ainsi donc la delta - cortisone ne peut pas faire plus qu'elle ne peut ; elle ne doit jamais être une mode. Il faut avant tout bien la connaître dans toutes ses actions et ne pas se précipiter aveuglément. Dans chaque chose il faut une juste mesure.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année : 1960

N°

Thèse pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Par

Monsieur MERGIER Daniel
né le 11 Août 1933

Présentée et soutenue publiquement le :

LA DELTA-CORTISONE ADJUVANT DE L'ANTIBIOTHERAPIE
DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
DE L'ADULTE

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Président du Conseil de l'Université

J. SARRAILH

Le Président du Jury de la Thèse

Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

G. BROUET

L. BINET

Bibliographie

- G. BROUET.
La place de la cortisone et des corticoïdes dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.
Revue du Praticien, 7 : 33, 3665-3670, 21.12.1957.
- H. WAREMBOURG.
La corticothérapie surrénalienne dans le traitement de la tuberculose.
Journées Médicales des Hôpitaux de Lille, 7 Mai 1958.
Lille Médical, III, Numéro spécial : 605, 1958.
- J. BRUN, J. VIALLIER.
Delta - cortisone et tuberculose.
Revue Lyonnaise de Médecine, VII, 12 : 753, 30 Juin 1958.
- G. DECROIX.
Chimiothérapie de la tuberculose pulmonaire.
Revue de Médecine Pratique, 35 : 747, Novembre 1958.
- H. THIBAUT, J.L. ACCARD.
Notion de seuil minimum actif de la corticothérapie pour la tuberculose pulmonaire.
Revue de la Tuberculose, 22, 12 : 1156, Décembre 1958.

L'association de la corticothérapie avec les antibiotiques antituberculeux en particulier dans les processus hautement évolutifs et récents apporte une contribution très appréciable à la thérapeutique.
- Ch. GERNEZ-RIEU, H. WAREMBOURG, M. PAUCHANT.
La corticothérapie surrénale dans le traitement de la tuberculose.
Editions Masson & Cie, Paris 1958 (volume de 270 pages).
- G.H. HAMES & coll.
Corticosteroids in the treatment of pulmonary tuberculosis.
Amer. Trudeau Society Annual Meeting, Mai 1959.
résumé in Amer. Rev. Tuberc. Pul. Dis. 79. 6 : 823, Juin 1959.
- J. BRUN, J. VIALLIER, J.C. KALB.
La corticothérapie au cours des affections pleuro-pulmonaires.
J. Médecine de Lyon 949 : 629, 20 Juillet-Août 1959.

- H. SHUBIN & coll.
Steroid therapy and tuberculosis.
J.A.M.A. 170.16 : 1885, 15 Août 1959.
- G. FAVEZ.
Limites et indications des hormones corticosurréaliennes en phtisiothérapie.
Premier Symposium International de Chimiothérapie anti-infectieuse, Genève,
11-13 Septembre 1959.
Médecine et Hygiène (numéro spécial) 439 bis : 742, 11 Septembre 1959.
- Synthèse des Assises Départementales de Médecine sur la Corticothérapie.
Les Assises de Médecine, 5 : 274, Septembre 1959.
- G. FAVEZ.
Corticoïdes et substances apparentées dans les maladies microbiennes.
VIème Congrès International de Thérapeutique, Strasbourg, 3 Octobre 1959.
Livres des Rapports p. 397.
- H. WAREMBOURG.
Sur la couverture antibiotique à réaliser chez les tuberculeux soumis à la
corticothérapie anti-inflammatoire.
VIème Congrès International de Thérapeutique, Strasbourg, 3 Octobre 1959.
Livres des Rapports p. 427.
- R. AMSLER.
Place actuelle de la corticothérapie dans le traitement des tuberculoses
pulmonaires.
VIème Congrès International de Thérapeutique, Strasbourg, 3 Octobre 1959.
Livres des Rapports p. 433.
- R. TESSIER, PH. MARTRE, P. CHOMY, M. BOISSEAU.
Hormonothérapie dans la tuberculose pulmonaire.
J. Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest 11 : 1245, Novembre 1959.
- P. BEAUCHARD.
La corticothérapie en tuberculose.
Ouest Médical, 23 : 772, 10 Décembre 1959.
- J. PAYOT.
Phtisiologie.
Gazette Médicale de France. Bilan Thérapeutique 1959 : 2005, 25 Décembre 1959.
- GERNEZ-RIEU, WAREMBOURG, PAUCHANT.
La corticothérapie dans la tuberculose.
Assises Nationales de Médecine : Bilan de la corticothérapie.
Les Assises de Médecine, 6 : 364, Décembre 1959.
- P. FREOUR.
La corticothérapie en pneumo-Phtisiologie.
J. Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, 12 : 1404, Décembre 1959.

- M. VOSIN.
L'emploi des corticostéroïdes dans le traitement de la tuberculose.
Médecine et Hygiène, 454 : 87, 10 Février 1960.
 - Ch. OLLAGNIER, L.F. PERRIN.
L'insuffisance respiratoire aiguë chez les tuberculeux en dehors des miliaires.
Revue Lyonnaise de Médecine, IX.7 : 397, 15 Avril 1960.
 - H. MARCUS, P. CHRISTOPOULOS.
Antimicrobial + steroid treatment of active pulmonary tuberculosis as a routine measure.
Arch. Intern. Med. 105.4 : 542, Avril 1960.
 - R. ISRAEL, D. UZZAN, J. GILBERT.
B.M. Soc. Med. Hôp. Paris, 9-10 : 259, 15.3.1957.
 - J. TURIAF.
Entr. Bichat 1957, Thérap. p. 36.
 - R. LIEPMANN.
Maroc Médical, 38, Février 1959, n° 405, pp. 279-282.
 - Cl. RENAUD.
Acquisitions thérapeutiques récentes en pneumo-phthisiologie.
 - J. PAYOT.
Gazette Médicale de France, 66, n° 24, 25.12.59, p. 2005.
-

